

# 肛门里急后重证治浅探

张婧茹<sup>1,2</sup>, 魏志军<sup>1</sup>

1. 广州中医药大学第四临床医学院, 广东 深圳 518000; 2. 深圳市中医院, 广东 深圳 518000

**[摘要]** 里急后重可见于直肠炎、肛隐窝炎、痔疮炎症期、女性盆腔脏器下垂、肠道肿瘤、泌尿道感染等多学科疾病。临床在治疗原发疾病未见明显疗效时, 应积极发挥中医特色优势, 以健运脾胃为先, 调畅气血为要, 寒温并施, 兼顾利湿以清热; 宣上达下, 升托消补, 厚肠坚阴; 同时精准运用中药, 随证化裁, 方可收到较好疗效。

**[关键词]** 里急后重; 宣上达下; 升托消补; 厚肠坚阴

**[中图分类号]** R256.34 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2018) 05-0235-03

**DOI:** 10.13457/j.cnki.jncm.2018.05.064

## Brief Discussion on Syndrome and Treatment for Tenesmus in Anus

ZHANG Jingru, WEI Zhijun

**Abstract:** Tenesmus can be found in many multidisciplinary diseases, such as proctitis, anal cryptitis and anal papillitis, hemorrhoids in inflammatory phase, female pelvic organ prolapse, intestinal tumor, urinary tract infection and so on. Having no obvious curative effect during the clinical treatment for primary diseases, the treatment of the disease should be performed with the special advantages of Chinese medicine. The treatment should give priority to tonify spleen-stomach transportation, attach importance to regulating qi and blood, apply the therapy of cooling and warming, and take account of draining dampness to clear heat, and should diffuse upward and reach downward, promote eruption and reduce supplementation, thicken intestines and consolidate yin. Meanwhile, the treatment should precisely apply appropriate Chinese medicine, change administrations according to different syndromes, and in this way better curative effect can be received.

**Keywords:** Tenesmus; Diffuse upward and reach downward; Promote eruption and reduce supplementation; Thicken intestines and consolidate yin

里急后重作为一症状, 指腹痛窘迫, 时时欲泻, 肛门重坠, 便出不爽之意<sup>①</sup>。里急者, 腹中不宽快也。未大便之前出现下腹部不适、腹痛, 而欲大便时则迫不及待, 谓之“里急”; 大便时有窘迫感, 排出时不畅, 肛门沉重下坠, 且便后仍有大便未排净的感觉, 谓之“后重”。《素问·至真要大论》曰: “诸呕吐酸, 暴注下迫, 皆属于热。”所谓下迫, 即指急欲大便而又排便不畅的窘迫感。《素问病机气宜保命集·泄泻论》曰: “暴注者, 是注泄也……下迫者, 后重里急, 窘迫急痛也。”《类经·疾病类》注云: “下迫, 后重里急迫痛也。”明·龚廷贤《万病回春》解释暴注下迫说: “暴注, 卒然泻也。下迫, 里急后重也。”所以, “里急后重”证名与《内经》的“下迫”证名有异曲同工之意。今不揣浅陋, 对里急后重的中医诊疗浅析如下, 望同道予以斧正。

### 1 病症溯源

里急后重一词出自《难经·第五十七难》, 其曰: “大瘕泻

者, 里急后重, 数至圜而不能便, 茎中痛。”《万病回春》曰: “大瘕泄者, 里急后重也。”而对大瘕泻的理解, 后人则有多种解释。①指痢疾。痢疾是以大便次数增多、腹痛、里急后重、下利赤白脓血为特征的疾病, 是夏秋季节常见的疾病之一。《内经》中称为“下迫”。《金匱要略》称“下利”, 包含泄泻和痢疾两病。《诸病源候论》分为赤白痢、脓血痢、血痢、热痢、久痢、休息痢、五色痢。孙思邈称痢疾“滞”, 指大便阻滞不利而言。《剂生方》首先提出痢疾的名称, 把泄泻与痢疾分开论治。以后医家提到里急后重时, 则多见于痢疾的论治当中。②由肾虚所致类似痢疾的阴虚病症。《医贯·痢疾论》说: “又有一等阴虚似痢者, 即五泄中大瘕泄者是也。……里急后重, 悉似痢疾。”③五更肾泄。《罗氏会约医镜·杂证》说: “大瘕泄者, 即肾泄也, 每在五更明之时。”④热泄。《杂病源流犀烛·泄泻源流》: “大瘕泄者, 里急后重, ……即寒湿而变为热泄也。”⑤腹有瘕聚。

**[收稿日期]** 2017-09-06

**[作者简介]** 张婧茹 (1993-), 女, 硕士研究生, 研究方向: 中医药防治肛肠疾病研究。

在古代文献中,里急后重是痢疾的典型症状,而现今可见于多种疾病的临床表现中,可由于乙状结肠和直肠受到刺激而引起,可以是炎症的原因,也可以是解剖、病理等因素所致。例如现代医学中的直肠炎、肛隐窝炎、痔疮炎症期、直肠黏膜内脱垂、直肠前突症、泌尿道感染、急性阑尾炎、盆腔脓肿、输尿管结石、乙状结肠冗长、女性盆腔脏器下垂、肠道肿瘤<sup>[2]</sup>均可出现不同程度的里急后重表现,重者严重影响患者的睡眠与生活质量,这些患者通常以此作为主诉而就诊,然而不能就此而采用同一治法,应根据不同的疾病,选择不同的治疗方案,对证治疗。

## 2 发病之因

《临证指南医案·湿》曰:“酒客中虚,粤地潮湿,长夏涉水,外受之湿下起,水谷不运,中焦之湿内聚。治法不以宣通经腑,致湿阻气机,郁而为热,至脾胃不主运通,水湿横渍于肌肤腠理之间,二便不爽,湿热浊气,交扭混乱。”指出本病之因不外乎外感湿热,由于岭南湿热偏盛加之人们工作紧张、作息无序、饮食不节和不良排便习惯等原因,则易出现里急后重这一排便时异常反应。《湿热病篇》云:“湿热之邪,从表伤者十之一二,从口鼻入者十之八九。”《脾胃论》云:“湿热皆由饮食、劳倦损伤脾胃,乘天暑而病作。”同时,七情不和,忧思郁滞,气不行水,聚而成湿,湿郁化热,阻滞气机,致大肠传导失司,出现里急后重之症;以及本患便秘,又妄用泻药加重脾胃损伤,脾失健运,致湿热下注而成里急后重。

临床上,除了见于青年人的肠炎、菌痢等病易见此症外,年事高者较为多见,性情抑郁者多为女性,与多疑善感、恐癌心态相关<sup>[3]</sup>。此外,直肠肛门周围手术也可引起此症,混合痔外剥内扎术后,在内痔结扎线尚未脱落时,可刺激肛管产生便意,出现里急后重;高位肛瘘切开挂线术,在橡皮筋脱落初期,可由于勒断部分肛门的肌肉,常常出现里急后重感;复杂性肛瘘术后,瘢痕较大可引起肛门里急后重<sup>[4]</sup>;PPH术后出现里急后重感,其主要原因是操作平面过低,也可能与吻合口炎症、直肠牵拉反射有关<sup>[5]</sup>。故本症之发,多与外感湿热,膏粱酿积,忧思郁滞,手术刺激有关。

## 3 病机关键

《景岳全书》曰:“凡里急后重者,病在广肠最下之处,而其病本,则不在广肠,而在脾肾。凡热痢、寒痢、虚痢皆有之,不得尽以为热也。盖中焦有热,则热邪下迫中焦;有寒,则寒邪下迫脾肾;气虚则气陷下迫。欲治此者,但当察其所因,以治脾肾之本,则无有不愈。”广肠,指包括现代医学解剖的乙状结肠和直肠两部分的肠段。《证治要诀》曰:“广肠,言其广阔于大小肠也。”在乙状结肠言可里急,在直肠言后重。外邪所致的里急后重,每便后得减;凡虚病的里急后重,多便后不减;气虚、气脱者,里急而频见污衣;气陷者,后重而便后转甚,亦或是肛门坠胀,甚则脱肛;阴血虚者,每虚坐努责。因此,里急后重病本在于脾肾虚弱,脾肾阳虚,肝

气郁结;病位则在广肠,湿热粘滞缠绵,气血邪毒凝滞其中而致病,故此寒热虚实皆可发病。

肛门经络是机体气血运行的主要通道<sup>[6]</sup>。肛门位于大肠末端,肺与大肠相表里,肺主一身之气,肝主疏泄,肝气犯脾,脾失运化,加之经络损伤,气机逆乱,合而致大肠传导失司,引起里急后重。再者,患者素体湿热蕴结,阻遏大肠气机而见里急后重,是故本病病位在肛门,与肺肝脾有关。综上,脾胃先伤,复因湿热下迫于肠,气血不畅为其病机关键。

## 4 临床治疗

历代先贤对于本病的治疗论述颇多。《沈氏尊生书·脾病源流》提出予八正散加木香、槟榔通之,次以天水散顿服治疗。《儒门事亲》则曰:“先宜清剂、寒剂夺之,后以淡剂、甘剂分之。或茎中痛亦然。”《医宗必读》提到用承气汤治疗。在治则上,刘河间强调,后重则宜下、腹痛则宜和,以及行血则便自愈、调气则后重自除等原则。调气是调理大肠之气滞,鼓舞脾胃之气机。《景岳全书》则曰:“然调气之法,如气热者凉之则调,气寒者温之则调,气虚者补之则调,气陷者举之则调,必使气和,乃为调气。行血之法亦然。”为此,针对里急后重的不同病机类型,选用不同的治则方剂辨证施治。具体辨治上,湿热者,可以清热利湿,佐以调气为治法,方选芍药汤加减;寒湿者,以温化寒湿、调气和血为治法,方选胃苓汤加减;气滞者,以理气化滞为治法,方选木香槟榔丸加减;气虚者,以补气固涩为治法,方选补中益气汤加味;血虚者,以滋阴养血、清热止泻为治法,方选黄连阿胶汤加味。

## 5 临证心得

5.1 宣上达下 肺主一身之气,为水之上源,主宣发,通调水道,输布津液,若肺之气阳亏虚,肺失温养鼓动,可导致肺气宣发障碍,临证称为“肺气不宣”。在临证中,很多慢性肠炎患者经中西医药物治疗后,腹痛、腹泻等症状明显缓解,但往往里急后重迁延难愈,甚至加重,此时其主要病机常常转化为气滞大肠。基于“肺与大肠相表里”的理论,条达气机尚可宣降肺气,促进脾胃升降功能恢复,在临床上采用宣上达下法治疗本症,疗效显著。笔者在临床辨证的基础上选用归肺经的薤白配白芷,用于寒证或热象不明显者;苦杏仁配桔梗,用于热证者。意取白芷、桔梗上行,宣泄肺气于上;配薤白、苦杏仁既能宣肺,又能苦降于下,肺气一开,气机调畅,则后重自除。同时对于热证者,常用鱼腥草、桑白皮、白头翁、马齿苋、黄芩、黄连、黄柏、槐角、地榆、酒大黄等药物。对大肠有热较轻者,可从肺中解,“治上焦如羽,非轻不举,”小剂量鱼腥草、桑白皮、地骨皮、黄芩即可清肺热以解大肠之热。白头翁、马齿苋专清大肠之热,针对大便带黏液、或赤白相间者疗效更佳。热重者可酌情加用小剂量黄芩、黄连或黄柏分清上、中、下三焦之热,且均有清大肠湿热之功效,特别适宜治疗大便黏腻、排出不畅、便不尽感、里急后重者。槐角、地榆为引经药,引药入大肠经,入血分,对于大便干硬、排除困

难,甚至虚坐努责、便鲜血者疗效佳。

**5.2 升托消补** 对于缠绵难愈的里急后重患者,病邪已伏,应首先重视疾病本身的传变规律与连续性,再利用伏邪伏于三阴,转出少阳,发于三阳以及伏邪自内而外,由营血透气分传卫分的传变特点,为缓解此症提供新的临床思路。强调以补为先,扶正治本,温阳益气;其次,升举阳气,托邪外出,以达卫表;同时,兼顾清热利湿、活血行气以达缓急消胀之功。

**5.2.1 补肺升肠** 里急后重多因气滞而致阳气不得宣通,故要除里急后重当重在宣通阳气。肺与大肠相表里,因此常引起大肠阳气虚衰,排便功能失调,导致里急后重,便意频繁,肛门坠胀不适感。笔者主张以补为先,补肺升肠,薤白是通阳除里急后重之要药,配合桂枝之温,葛根之升,此外补肺选用黄芪、党参、葛根、升麻、甘草。

**5.2.2 健脾升胃** 脾胃为气机升降之枢纽,脾气宜升,胃气宜降,浊气不降则精气不升。叶天士强调“脾宜升则健,胃宜降则和”。白术乃健运脾脏之要药,笔者健脾常用白术、太子参、山药、薏苡仁、炙甘草、炮姜之属;降胃燥湿常用陈皮、姜半夏、茯苓;抑酸护胃常用鸡内金、郁金、海螵蛸、瓦楞子、浙贝母。其次,应当注重清阳之升发,常用葛根、升麻、柴胡升举阳气,以达托邪外出之功效。

**5.2.3 温肾助阳** 由于肾阴和肾阳是各脏阴阳之根本,故在肾的阴阳失调时,即会因此而导致其他各脏阴阳的失调。反之,其他各脏腑的阴阳失调,日久亦必累及于肾,损耗肾中精气,导致肾的阴阳失调。且肾开窍于二阴,所以二便之开闭,皆肾脏之所主;里急便频、肛门后重感无不与肾脏温煦无权,封藏失司相关。温补肾阳常选用肉桂、附子、干姜、吴茱萸。

**5.2.4 清热利湿解毒** 肛门坠胀辨证为湿热证型者居多,患者常伴排便不尽感,口中黏腻,脘腹胀满,头身困重,苔白腻,脉濡缓。笔者常用苍术、藿香、紫苏叶、厚朴、陈皮、法半夏以行气燥湿。若伴有肛门灼热不适、甚至坠痛难忍、口渴怕热、舌质红、苔黄、脉滑数,可用酒大黄、当归、鱼腥草、桑白皮、白头翁、马齿苋、猫爪草、黄芩、黄连、黄柏、以清化大肠湿热兼清热解毒。

**5.3 厚肠坚阴** “肠厚”一词首见于《灵枢经》(卷七),岐伯曰:“皮厚者脉厚,脉厚者大肠厚。”《寓意草》云:“脏气久虚,清气久陷,既服甘温升举矣。水谷易混,既用养脏厚肠矣。鹿角霜一味,所谓惟有斑龙顶上珠,能补玉堂关下缺者是也。”可知厚肠乃固本之道,且为治肠病之必需。临床上,多数里急后重感患者表现有便意频,便时有窘迫感,排出时不畅,肛门沉重下坠,且便后仍有大便未排净、甚至肛门灼热刺痛感的感觉,并多伴有大便失调、大便细小、稀烂粘腻。此系气阴两虚之证,气虚乃下陷,阴虚乃火旺。治当益气升举,厚肠坚阴。明代贾所学著《药品化义》(卷九)提及黄连曰:“入香连丸,祛肠中积滞,有厚肠之功。”黄连苦寒坚阴,乃厚肠之良药,但应警惕其苦寒败胃之性,因此笔者临证常用小

剂量,短疗程,个体化运用黄连0.6~3g,配合党参以顾护中焦,并将口干、口渴、纳差作为停药指征。

此外,笔者临证常用党参以益气滋阴,黄芪以提气补虚,葛根以滋阴升肠,熟地黄以补血填精,鹿角霜以补虚助阳,诃子以涩肠下气,当归配阿胶以补血坚阴,人参配当归补气血以缓急,乌梅配甘草以酸甘化阴。大便失调者可酌情加用莲子、芡实、赤石脂、石榴皮、炮姜、干姜、肉桂、附子等。

## 6 病案举例

邱某,男,67岁,2016年8月就诊。患者里急便频2年,平素便意频繁,窘迫感明显,日如厕5~6次,排除不畅,时有虚坐努责,大便细小,大便粘腻,便后不尽感,肛门坠胀不适,排便困难,且伴有肠鸣、腹部不适、口干、口唇部溃疡、纳眠差,小便调,舌尖红、苔白腻,脉濡细。2016年肠镜检查:直肠炎,肛乳头肥大。诊断:直肠炎,肛乳头肥大。辨证:湿伏太阴,下迫于肠,兼气阴两虚。处方:党参、葛根各30g,炒白术、淡竹叶各20g,薤白、阿胶、炮姜、当归尾、肉桂、厚朴各10g,黄连、酒大黄各1g,甘草3g。均为免检中药颗粒,7剂,每天1剂,温水冲服。嘱患者首剂用黄连、酒大黄各1g,若仍有排便不畅继续维持用量,若排便不畅缓解可将用量减半,后维持用量。1周后复诊,里急便频好转,排便日3~4次,大便偏烂,口腔溃疡愈合,肠鸣,腹部偶有不适,纳差,舌淡、苔白腻,脉濡细。调整处方:上方去党参、黄连、淡竹叶,酒大黄减量至0.3g;加太子参15g,桂枝5g,附子6g,鸡内金、山药各20g。继服14剂。2周后复诊,里急便频明显好转,排便较顺畅,便后不尽感缓解,守上方14剂。三诊患者自诉大便每日1~2次,易解,排便不尽感消失,肛门无坠胀不适,纳可。守上方7剂,隔天服1剂。1年后随访患者未再复发上症。

## [参考文献]

- [1] 王立柱. 里急后重探析[J]. 河南中医, 2015, 28(5): 22-23.
- [2] 毛令飞. 里急后重的辨证施治体会[J]. 湖北中医杂志, 2015, 37(11): 57-58.
- [3] 贾美华. 辨证直肠给中药治疗肛门坠胀症50例[J]. 辽宁中医杂志, 2003, 30(10): 818.
- [4] 丁泽民, 丁义江. 丁氏痔科学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1989: 181-182, 226-235.
- [5] 张霓, 张振勇, 蔡碧波, 等. PPH术治疗环状脱垂痔临床观察分析[J]. 大肠肛门病外科杂志, 2003, 9(增刊): 33-34.
- [6] 尹家乐, 张爱香, 王毓炜, 等. 大黄酸精氨酸预防大鼠实验性肠粘连抗炎机制的研究[J]. 中药新药与临床药理, 2010, 21(1): 18.

(责任编辑:冯天保)